Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité in Berlin
(Direktor: Prof. Dr. de Crinis)

Eine symptomatische Psychose bei einem Hypophysentumor

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des medizinischen Doktorgrades an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

Oleg Trofimow
aus Riga

Tag der Promotion: 26. 4. 1940

Druck: Karl u. Richard Hoffmann, Charlottenburg, Schillerstr. 44.

M 62

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Kreuz

Referent: Prof. Dr. de Crinis

Eine symptomatische Psychose bei einem Hypophysentumor.

Das Vorkommen von Psychosen bei Hirntumoren ist eine lange bekannte Tatsache. Die hierüber aufgestellten Statistiken ergeben, daß psychische Symptome weitaus in der Mehrzahl aller beobachteten Tumoren in irgendeinem Stadium in Erscheinung treten. Die ersten umfangreichen Zusammenstellungen darüber stammen von Gianelli (1897) und Schuster (1902), nachdem schon vorher eine große Zahl kasuistischer Mitteilungen bestanden hat.

Es lag nahe, die Frage anzuschneiden, ob es abgesehen von psychischen Einzelsymptomen komplexe psychische Störungen gäbe, die für den Sitz des Hirntumors spezifisch sind. Das weitaus größte Interesse erregten in dieser Hinsicht die Tumoren des Stirnhirns, zumal unter allen Tumoren, die psychische Störungen im Gefolge haben, diejenigen des Stirnhirns zahlenmäßig an erster Stelle stehen. An zweiter Stelle rangieren nach denselben Statistiken, wenn man von den multiplen Tumoren und denjenigen des Kleinhirns absieht, die Tumoren der Hypophyse. Schuster findet, daß sich unter den von ihm gesammelten Fällen (Tamburini, Christian, Agostini u. a.) „diejenige funktionelle Psychose, welche man am ehesten und ungezwungensten in einer Reihe von Fällen zu erblicken glaubt, die Paranoia sei". Auch v. Frankl-Hochwart weist auf die auffallende Häufigkeit von psychischen Störungen bei Hypophysentumoren hin.

Zur Frage der Spezifität psychischer Störungen bei Hypophysentumoren äußert sich u. a. Bernhardt (1872); er hält Zustände, wie sie unter dem Namen „Moria" bei Stirnhirngeschwülsten beschrieben worden sind, für charakteristisch bei Hypophysentumoren. 1912 verweist Mikulski auf die Häufigkeit psychischer Störungen bei der Akromegalie; er hält ein zufälliges Zusammentreffen für ausgeschlossen, äußert sich vielmehr dahingehend, daß dabei besondere Krankheitsbilder auftreten, die klinisch von den landläufigen Psychosen unterscheidbar sein müßten.

Er fordert daher die Veröffentlichung eines jeden Falles von Akromegalie, in dessen Verlauf eine Psychose auftritt.

Die einzelnen kasuistischen Mitteilungen lassen erkennen, daß die auftretenden psychischen Störungen außerordentlich mannigfaltig sind, sowohl bezüglich des Umfanges als auch ihrer nosologischen Abgrenzbarkeit. Autoren wie Kahlmeter, Meggendorfer, Oppenheim schildern paralyseähnlich verlaufende Fälle. Götzl-Erdheim beschreibt ein an das Korsakowsyndrom erinnerndes Krankheitsbild. Büchler hält es für unmöglich, Betrachtungen darüber anzustellen, ob die psychischen Störungen unmittelbar mit der Hypophysenerkrankung in Zusammenhang stehen, oder ob sie mittelbar ausgelöst werden. Leege hält für die Art der psychischen Störungen für wesentlich, welches somatische Krankheitsbild im Vordergrund steht. Hiergegen wendet Meumann ein, daß es oft keine reinen Krankheitsbilder gibt, hingegen akromegale und dystropho-genitale Symptome gemischt vorkommen; er schließt sich der Forderung Mikulskis an, diejenigen Psychosen bei Hypophysentumoren, die endogenen Psychosen ähnlich sähen, gegen die letzteren abzugrenzen. Er übersieht dabei nicht die Möglichkeit, daß der Hypophysentumor nur den auslösenden Faktor bei bestehender Anlage zur Psychose darstellen kann. Er zitiert einen Fall von Schuppius, meint aber dazu, daß die praepsychotische Persönlichkeit in dem beschriebenen Fall an das Bestehen einer Schizophrenie vor und unabhängig von der Hypophysenerkrankung denken läßt. Dagegen schildert Rohrschach einen Fall, bei dem eine Dementia paranoides mit der Zunahme des Hypophysentumors zurückging.

Aus dieser Auswahl aus der Literatur erhellt die Schwierigkeit, Licht in die außerordentlich verwickelten Zusammenhänge zwischen Hypophysentumor und dabei entstehenden Psychosen zu bringen. Nur genaueste Darstellung des Einzelfalles unter individualpathologischen und strukturanalytischen Gesichtspunkten kann dazu beitragen, später einmal zu einer umfassenden Darstellung gesammelter und genauestens beschriebener Fälle zu gelangen, die Zusammenhänge klarer erkennen läßt, als es bisher mög-

lich war. Es ist dabei notwendig, das Krankheitsgeschehen in seiner Gesamtheit zu betrachten, im Längs- und im Querschnitt, Faktoren zu berücksichtigen wie die Persönlichkeit des Kranken, seine Ausdrucksbegabung, die hereditären Verhältnisse, konstellative Momente usw., um aus allen diesen möglichst genau zu erforschenden Quellen zu einer Wertung jedes einzelnen Symptoms im Krankheitsgeschehen zu gelangen, die Schlüsse über tiefere Zusammenhänge erlaubt. Insofern erschien die Veröffentlichung dieses Falles als kasuistischer Beitrag gerechtfertigt.

Der 44-jährige Pat. Max L. wurde am 26. 6. 36 der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité von der Chirurgischen Klinik mit der Diagnose eines Hypophysentumors überwiesen. Die Vorgeschichte ergab folgendes: Die Eltern des Pat. waren gesund, sind in hohem Alter gestorben. Pat. hat 8 Geschwister, 7 davon sind gesund. Eine Schwester des Pat. soll mit 32 Jahren dieselbe Erkrankung gehabt haben. Sie sei damals bettlägerig gewesen, sei „immer weniger geworden". Ein Magnetiseur hätte sie nach 2 Jahren davon geheilt. Der Pat. selbst hat sich normal entwickelt, ist immer kräftig gewesen und nicht dicker als die anderen Jungen. Seines auffallend großen Kopfes wegen habe man ihn in der Schule „Dickkopf" genannt. In der Schule hat er mittelmäßig gelernt, ist aber aus der Oberklasse entlassen worden. Er hatte nur wenig Freunde, was er darauf zurückführt, daß seine Eltern sehr abgelegen lebten. Er ist auch später nur wenig zum Tanzen gegangen. Nach Beendigung der Schule ging er in die kaufmännische Lehre, 1911 zum Militär, wo er 3 Jahre bei den Kürassieren diente. Er ist gerne Soldat gewesen, war zeitweilig auch Bursche. Er machte den ganzen Krieg mit, war dann bis 1931 Diener in herrschaftlichen Häusern. Dann heiratete er und gründete ein Lebensmittelgeschäft. Vor der Ehe hatte er gelegentlich „mal eine Braut". Aus der Ehe sind keine Kinder hervorgegangen.

Die Körperbehaarung ist von jeher etwas spärlich gewesen. Achselbehaarung ist jedoch früher sicher vorhanden gewesen. Er hat von jeher schon ein auffallend weiches Gesicht gehabt.

Vor 6 Jahren hat er einmal einen halben Tag lang nicht gut sehen können. Es sei alles verschwommen gewesen. Er sehe seit dieser Zeit handtellergroße Lichtflecke, die im Oval herumwandern. Diese Lichtflecke seien gelegentlich einer Untersuchung in der Augenklinik auf einen anderen Patienten übergegangen.

Die eigentlichen Beschwerden hätten sich seit 2 Jahren entwickelt. Seit dieser Zeit ist er völlig impotent. Bis dahin hatte sich die Impotenz ganz allmählich eingestellt. Früher hat nach Angaben der Frau des Pat. etwa einmal wöchentlich Sexualverkehr stattgefunden. Seit 2 Jahren ist auch der Schwund der Behaarung bis auf einen Rest spärlicher Schambehaarung auffällig geworden.

Pat. glaubt, an Gewicht zugenommen zu haben, aber nicht sehr erheblich. Ferner leidet Pat. seit 2 Jahren an hartnäckiger Obstipation und starkem Hungergefühl. Das letztere tritt besonders morgens auf. Er habe trotzdem nicht übermäßig viel gegessen, nur morgens zusätzlich zwei Teller Haferflocken.

Pat. klagt über Arbeitsunlust und Mattigkeit. Zwar hätte er von jeher dazu geneigt, die Erscheinungen hätten jedoch in den letzten Wochen rapide zugenommen. Vormittags mache sich die Arbeitsunlust besonders bemerkbar.

Seit einem halben Jahr leidet Pat. an zunehmenden Sehstörungen. Zuerst sei das linke Auge befallen gewesen. Pat. konnte damit nicht nach außen sehen. Jetzt sei das linke Auge fast ganz erblindet, er sähe nur einen ganz kleinen Streifen nach der Nase zu. Auf dem rechten Auge hätten die Sehstörungen jetzt erst angefangen; er könne einen schmalen äußeren Bezirk nicht sehen. Die Sehkraft wechsle sehr. Wegen der Sehbeschwerden ist Pat. erstmalig zum Arzt gegangen.

Pat. leidet ferner an Trugwahrnehmungen. Diese treten mit Vorliebe am Sonntag vormittags auf zusammen mit Kopfschmerzen, wenn Pat. nämlich länger als sonst geschlafen hat. Dabei habe er auch Gesichter gesehen und merkwürdige „Gedanken gehabt, die man sonst nicht denkt". Diese Gedanken könne er sich nachher nicht merken. Er habe dann auch ganz laut seinen Namen rufen hören. Wenn er sich in liegender Stellung befinde, sei es dann so, als

ob es auf die Bettdecke regne, manchmal auch auf den Kopf. Dann kämen die Gedanken, die man sonst nicht denkt. Diese Erscheinungen plagten ihn oft die ganze Nacht durch, sie verschwänden aber, wenn er bete. So hätte er auch die handtellergroßen Lichtflecke, die er im Oval herumwandern sieht, durch Beten bannen können. Das helfe aber jetzt auch nicht mehr dagegen. In der letzten Zeit hätten die Erscheinungen morgens um zwei Uhr angefangen, hätten ganz verschieden begonnen, an dem Händen, an den Füßen, am Kopf usw. Er verspürte manchmal auch ein Stechen im Auge. Manchmal leite auch ein Geräusch, etwa wie das Summen eines Nachtfalters die Erscheinungen ein; sie kündigten sich irgendwie an.

Diese Erscheinungen und seine ganze Krankheit führt Pat. auf die Beeinflussung eines alten Mannes in seinem Heimatdorfe zurück. Seine Schwester hätte mit 32 Jahren dieselbe Erkrankung gehabt, von der sie nach 2 Jahren ein Magnetiseur geheilt habe. Vor Hinzuziehung des Magnetiseurs sei die Schwester des Pat. in Behandlung jenes oben erwähnten alten Mannes gewesen. Der Magnetiseur sei einmal mit dem alten Mann bei der Schwester des Pat. zusammengetroffen, hätte gesagt, der Alte tauge nichts, worauf die Familie des Pat. versucht hätte, den alten Mann abzuwimmeln. Der Pat. war damals auch zugegen, fühlte sich seit der Zeit schwach und müde, sieht schlecht und hört seinen Namen rufen. Damals seien ihm die Fersen eingeschlafen, und er hätte in den Händen oft auch ein taubes Gefühl. Der oben erwähnte alte Mann beeinflusse den Pat. seit der Zeit. In seiner Abwesenheit hätte die Mutter des Pat. dem alten Mann eine Photographie gegeben, die Pat. vorher in der Hand gehabt hätte, wodurch der Alte, wie der Pat. glaubt, ihm Böses zufügen könnte. Warum der Alte ihn beeinflussen wolle, kann der Pat. nicht angeben. Er habe alles Mögliche gegen diese Beeinflussung unternommen. Von einer Bekannten habe er gehört, man müsse etwas vor das Tor tun. Das hätte bei ihm aber nichts genützt, da er nicht Sand, sondern Steine vor seiner Türe hätte. Nur durch Beten gingen die Erscheinungen manchmal weg.

Pat. bringt seine halluzinatorischen Erlebnisse gänz-

lich affektlos vor; er versucht garnicht, eine Begründung für die angeblich krankmachende Beeinflussung vonseiten des alten Mannes zu finden, greift auch beim Diktat nie in die Schilderung seiner Erlebnisse ein, zeigt keinen Affekt, als seine Angaben protokolliert werden. Er spricht ungeniert auch im Beisein seiner Mitpatienten, jedoch nur auf Befragen. Er verhält sich geordnet, ruhig, ist zeitlich und örtlich orientiert. Grobe Ausfälle der Merkfähigkeit lassen sich nicht nachweisen.

Körperlicher Befund: Pat. sieht aus wie eine Frau, hat eine zarte, weiße, schlaffe Haut, ist etwas adipös. Bis auf reichliche Kopf- und spärliche Schambehaarung findet sich keine Körperbehaarung. Die Bartbehaarung ist gering. Reduzierter Allgemeinzustand. Haut und Schleimhäute schlecht durchblutet. Keine Oedeme, keine Exantheme. Prothese des Oberkiefers, Rachen o. B. Zungenschleimhaut atrophisch. Herz und Lungen o. B. Blutdruck 125/80 mm Hg. Abdomen weich, nirgends druckempfindlich. Leber, Milz nicht palpabel. Genitale klein.

Neurologischer Status: Kopfumfang 58 cm. Kopf aktiv und passiv frei beweglich. Keine Schalldifferenzen, keine Druck- oder Klopfempfindlichkeit. Nervenaustrittstellen nicht druckempfindlich. Geruch subj. o. B. Geruchsprüfung noch Börnstein o. B. Pupillen bds. etwas verzogen, mittelweit, re = li, reagieren prompt und ausgiebig auf Lichteinfall und bei Convergenz. Augenbewegungen frei. Kein Nystagmus. Das linke Auge steht etwas nach außen abgewichen. Augenhintergrund: Papillen bds. blaß, re im nasalen Teil etwas weniger. Bds. auffallend tiefe, schüsselförmige, teilweise randständige Excavation. Bds. großer Conus inferior. Visus: Re. 1/10, in der Nähe feinsten Druck gelesen, in 25 cm Abstand nur mit Mühe erkannt. Li. Fingerzählen vor dem Auge nur mit Mühe. Gesichtsfeld: Bitemporale Hemianopsie, die am linken Gesichtsfeld die Macula miteinbezieht, am rechten Gesichtsfeld die Macula mit einer Spitze erreicht. Links werden Farben nicht wahrgenommen. Trigeminus motorisch und sensibel intakt. Cornealreflex bds. herabgesetzt. Pat. gibt an, er empfinde die Berührung re stumpfer als li. Facialis: Bei Innervation bleibt der rechte Mundwinkel etwas

zurück. Geschmack: subj. o. B. Gehör: re = li intakt. Gaumensegel wird seitengleich gehoben. Zunge wird gerade herausgestreckt. Sprache unauffällig. Rumpf: Schlaffe Bauchdecken. BDR und Cremasterreflex seitengleich auslösbar. Sensibilität intakt. Extremitäten: Außer einer Hypotonie sowohl der oberen als auch der unteren Extremitäten und schwer auslösbaren, aber seitengleichen Eigenreflexen ließ sich kein krankhafter Befund erheben. Keine Pyramidenzeichen. Coordination, Sensibilität intakt.

Die Grundumsatzbestimmung ergab eine Verminderung von — 14 %. WaR. und Nebenreaktionen im Serum negativ.

Liquorbefund: Gesamteiweiß 5/12 pro mille. Globulinreaktion: leichte Trübung. Zellzahl: 30 : 3. Sediment; Leichte Vermehrung der Rundzellen. WaR. und Nebenreaktionen negativ. Normomastix- und Goldsolreaktion: Geringe Linkszacken. Druck nicht erhöht.

Röntgenologisch ergab sich eine etwa 5fache Vergrößerung der Sella. Diese ist schüsselförmig flach und erlaubt nur eine ungefähre Abgrenzung gegen die Keilbeinhöhlen. Ferner besteht eine Usur im medialen Teil der vorderen Schädelgrube links im Bereich der Lamina cribrosa.

Verlauf: Pat. verhält sich auf der Abteilung ruhig und geordnet, schläft nachts gut, am Tage nicht auffallend viel. Spontan spricht er nicht von seinen halluzinatorischen Erlebnissen, jedoch nur auf Befragen. Er gibt an, die Erscheinungen seien in der hiesigen Klinik wieder unangenehmer geworden, er hätte dreimal seinen Namen rufen hören. Besonders unangenehm sei es, daß diese Zustände, die sich früher durch ein Knacken oder durch ein Geräusch wie das Summen eines Nachtfalters bemerkbar gemacht hätten, jetzt ohne Ankündigung auftraten. Jetzt sei es ihm oft, als ob ein Wurm ihm am Körper emporkröche.

Am 8. 7. 36 wurde ein Hypophysenstich nach Simons vorgenommen, wobei man auf einen offenbar cystischen Tumor stieß, der etwa 12 ccm einer schmutzig-braunen Flüssigkeit entleerte. Die zutage geförderten Gewebsreste ließen auf eine epitheliale Neubildung schließen. Hypophysärer Gewebsaufbau war nicht zu erkennen. Nach dem

Eingriff hat Pat. mehrfach erbrochen, war am anderen Tage dösiger als sonst. Nach drei Tagen schien eine Besserung eingetreten zu sein. Pat. konnte anscheinend mit dem linken Auge in etwa 40 cm Abstand Finger erkennen und zählen. Eine fachärztliche objektive Untersuchung am 23. 7. zeigte jedoch, daß sich weder das Gesichtsfeld noch die Sehschärfe geändert hatten.

Pat. wurde nun zur Operation in die Chirurgische Klinik verlegt. Die Operation erfolgte am 18. 8. 36, also etwa 6 Wochen nach dem Hypophysenstich. Dabei fand sich ein etwa kirschgroßer cystischer Tumor, der mit einer schmutzig-braunen Flüssigkeit gefüllt war. Die Innenfläche der Cyste wurde curettiert. Pat. überstand die Operation gut, fühlte sich wohl, war nur ständig müde und schlief sehr viel. Die Wunde heilte per primam. Eine augenärztliche Untersuchung am 7. 10. 36, also 7 Wochen nach der Operation, ergab folgenden Visus: Re große Schrift in 50 cm Abstand, li Fingerzählen in 1 m Abstand möglich. Nach der nun erfolgten Rückverlegung in die Nervenklinik ergaben wiederholte Grundumsatzbestimmungen Unterwerte um — 20 % herum. Der Allgemeinzustand des Pat. war gut. Pat. erhielt Praephyson-Tabletten, da eine Hypophyseninsuffizienz anzunehmen war. Er klagte anfangs noch über verstärkte Müdigkeit. Augenuntersuchung vom 23. 10. 1936, 9 Wochen nach der Operation: Re 5/7, li 2/50. Das Gesichtsfeld hat sich deutlich und wesentlich verändert. Es besteht zwar noch eine deutliche bitemporale Hemianopsie; rechts ist das Zentrum freier geworden, links besteht noch ein zentrales absolutes Skotom für Weiß und Farben. Augenhintergrund: Papille bds. blaß und in toto excaviert.

Pat. ist jetzt regelmäßig auf, erscheint frischer und attenter als vor der Operation. Auf Fragen nach den psychotischen Erlebnissen, die er vor der Operation hatte, bestreitet Pat., jetzt noch derartige Beobachtungen an sich zu machen, verhält sich auch gegen die Annahme ablehnend, daß er von einem alten Mann beeinflußt werde. Alle diese Erscheinungen seien durch die Operation völlig zum Verschwinden gebracht worden. Pat. wird 2 Monate nach der Operation entlassen und soll ambulant bestrahlt

werden. Pat. bekommt mit Abstand von einem Jahr 2 Bestrahlungsserien mit einer Strahlendosis von je 4500 r, wobei in je 15 Sitzungen zu 300 r 3 × 5 Felder (Stirn, Scheitel, Occiput und beide Schläfen) von 6 × 8 cm Größe bei einem Fokus-Hautabstand von 30 cm bestrahlt wurden. Die Bestrahlungen erfolgten vom 13. 10. 36 bis zum 29. 10. 36 und vom 4. 11. 37 bis zum 22. 11. 37,

Augenbefund am 3. 11. 37: Visus: re 1/15, li 1/35. Gesichtsfeld: Bitemporale Hemianopsie noch immer erkennbar. Re hat sich das Gesichtsfeld besonders im temporalen unteren Quadranten erweitert, kein zentrales Skotom mehr feststellbar, li werden jetzt auch Farben erkannt. Augenhintergrund: Die temporalen Hälften der Papillen bds. blaß, li auch nasal.

Wiederaufnahme am 6. 5. 38 zur Nachuntersuchung. Intern und neurologisch kein Befund. Pat. fühlt sich subjektiv wohl. Liquorbefund: Druck nicht erhöht. Globulinreaktion: Opaleszenz. Gesamteiweiß: 1/4 pro mille. WaR. und Nebenreaktionen negativ. Zellzahl: 20 : 3. Goldsol- und Normomastixreaktion o. B.

Augenuntersuchung vom 10. 5. 38: Visus re —3,0 = 5/5; li —2,0 = 1/20. Fundus unverändert. Gesichtsfeld: re zentrales Skotom für Blau, das Gesichtsfeld für Weiß hat sich beiderseits gebessert, li wird mehr Blau erkannt. Vom 15. 5. 38 bis zum 1. 6. 38 erhält Pat. wieder eine Bestrahlungsserie von insgesamt 4500 r. Ein in dieser Zeit gemachtes Blutbild ergab eine Eosinophilie von 11 %, ferner Anisozytose, Poikilozytose. Hb 65 %, 4 Mill. Ery.

Am 24. 4. 39 kommt Pat. nochmals zur Nachuntersuchung und eventuellen Röntgenbestrahlung. Er gibt an, daß sich seit seiner letzten Aufnahme vor einem Jahr das Befinden besonders gebessert habe. Das frühere starke Hungergefühl habe nachgelassen. Er komme jetzt mit den üblichen Mahlzeiten gut aus. Kopfschmerzen habe er zur Zeit keine, nur gelegentlich trete abends ein Stechen am Hinterkopf auf. Die Sehkraft der Augen, besonders des linken, habe sich bedeutend gebessert. Er habe nur noch über große Müdigkeit morgens beim Aufstehen zu klagen. Ueber noch bestehende psychische Störungen ist vom Pat. nichts

zu erfahren. Er gibt an, daß er seit der Operation nicht mehr darunter leide.

Körperlicher Befund: An der rechten Stirnseite ein kleinhandtellergroßer Knochendefekt, sonst gegen die letzte Aufnahme unverändert. Augenuntersuchung vom 3. 5. 39: Visus re 3/4 mit —3,5 sph, kleinste Druckschrift; li 5/20 mit —3,5 sph, Nieden 8 in 20 cm Entfernung. Gesichtsfeld: Die bitemporale Hemianopsie ist völlig geschwunden. Zentrales Skotom nicht feststellbar.

Pat. soll sich weiter ambulant bestrahlen lassen.

Am 6. 8. 39 wurde der Pat. noch einmal zu Hause untersucht. Seit seinem letzten Aufenthalt in der Klinik hatte sich sein Befinden nicht wesentlich geändert. Er sei zwar nicht voll arbeitsfähig, da er von Zeit zu Zeit unter großer Mattigkeit litte. Die Potenz sei nicht mehr wiedergekommen. Der körperliche Befund ergab weder intern noch neurologisch eine Veränderung gegen die letzte Untersuchung. Der Haarwuchs hatte sich nur in geringem Maße wieder vermehrt. Geringe Adipositas. Auffallend ist die blasse Gesichtsfarbe des Pat. Psychisch macht er einen völlig geordneten und unauffälligen Eindruck. Nochmals nach seinen Erlebnissen während seines Aufenthaltes in der Klinik befragt, lächelt er zuerst verlegen und will nicht darüber reden. Dann erzählt er, daß er tatsächlich seinen Namen habe rufen hören, was wohl mit seiner Krankheit zusammengehangen hätte. Auf die Frage, ob seine Erkrankung wirklich auf die Beeinflussung jenes alten Mannes in seinem Heimatdorfe zurückzuführen gewesen sei, meint er: „Sehen Sie, Herr Doktor; das weiß ich nicht, aber möglich ist es schon". (Glauben Sie denn an solche Beeinflussungsmöglichkeiten?) „Ja, die gibt es bestimmt. Meine Schwester ist jahrelang unter Beeinflussung gewesen. Ob das bei mir damals der Fall gewesen ist, das will ich nicht behaupten, aber es gibt es wohl". (Wie soll denn dieser Einfluß zustande kommen?) „Nun, zum Beispiel durch Bildermagie". Von der Bildermagie hätte er in einer astrologischen Zeitschrift gelesen. Er lese häufig solche Sachen und glaube daran. Er erzählt weiter über seine Krankheit: „Als mir so sonderbar zumute war, da konnte ich mir das alles garnicht erklären.

Ich dachte wohl, es käme vom Kopf, da ich mir das aber doch nicht erklären konnte, dachte ich, da müsse eine Beeinflussung mit im Spiele sein." (Wer hat denn die Fähigkeit, andere zu beeinflussen?) „Es gibt eben Menschen, die Macht über andere haben, und die müssen sie ausnutzen. Es gibt viele Menschen dieser Art".

Es handelt sich um eine symptomatische Psychose bei einem Hypophysentumor, da sie mit der Beseitigung des Tumors ebenfalls verschwand. Die Frage, ob die Psychose durch den Tumor bedingt war, oder ob der Tumor den auslösenden Faktor darstellte, der eine Anlage zu psychischen Erkrankungen manifest werden ließ, kann im vorliegenden Fall nicht mit Sicherheit entschieden werden. Soweit die Familienvorgeschichte Schlüsse zuläßt, erscheint das Letztere unwahrscheinlich. Die Tatsache, daß sich am Augenhintergrund des Pat. eine congenitale Anomalie, nämlich ein heterotypischer Conus findet, läßt allerdings an eine „Disposition zu Nerven- und Geisteskrankheiten" denken. Der Conus inferior wird als eine rudimentäre Spaltbildung aufgefaßt; Wollenberg konnte nachweisen, daß der Conus inferior als Stigma degenerationis im Sinne einer unspezifischen Disposition zu Geisteskrankheiten gedeutet werden kann. Schon Griesinger hat auf die diagnostische Bedeutung derartiger Anomalien hingewiesen.

Die eigentlichen Krankheitserscheinungen begannen 6 Jahre vor der Einlieferung des Pat. in die Klinik — in besonderem Maße 2 Jahre vorher —, während von jeher vereinzelte Zeichen endokriner Dysfunktion vorhanden waren, wie spärliche Behaarung, geringe sexuelle Regsamkeit, Neigung zu Arbeitsunlust und Mattigkeit. Es ist unwahrscheinlich, daß diese Erscheinungen bereits durch den bestehenden Tumor bedingt waren. Eher dürfte es sich um eine koordinierte Anlagestörung handeln. Die Angaben über die Erkrankung der Schwester das Pat., wo es sich möglicherweise ebenfalls um eine endokrine Störung gehandelt hat, sind in diesem Sinne nicht zu verwerten, da sie zu ungenau sind.

Die Störung der inneren Sekretion bietet ein Bild, das der Dystrophia adiposigenitalis nahesteht. Nach Mar-

burg ist das Alter, in dem sich der Tumor geltend macht, hierfür von Bedeutung, d. h. die Verfettung tritt eher bei jüngeren Leuten auf. Klagen über morgendlichen Heißhunger und Herabsetzung des Grundumsatzes sind Ausdruck einer fehlerhaften Stoffwechselsteuerung. Polydipsie konnte nicht beobachtet werden. Die Obstipation ist eine häufig beschriebene Begleiterscheinung bei Hypophysentumoren, die als Nachbarschaftssymptom gedeutet wird, da ein Einfluß hypothalamischer Zentren auf die Mastdarm- und Blasenfunktion anzunehmen ist (Eckardt, Hess, Mislowski, Aschner). Als weiteres Nachbarschaftssymptom wären auch die körperlichen Sensationen aufzufassen, auf deren Bedeutung für die Gestaltung des psychischen Zustandsbildes weiter unten näher eingegangen werden soll, im Sinne einer Irritation der thalamischen sensiblen Zentren.

Neben der ausgeprägten bitemporalen Hemianopsie finden sich noch andere Sehstörungen; die handtellergroßen Lichtflecke, die der Pat. herumwandern sieht, dürften Photopsien sein, die mit der durch den Druck auf das Chiasma hervorgerufenen blanden Sehnervenatrophie zusammenhängen, welch letztere sich auch ophthalmoskopisch zu erkennen gab. Nach Martel, Monbrun und Guillaume handelt es sich in solchen Fällen trotz weißer Papille nicht um eine echte Sehnervenatrophie, sondern die Blässe des Opticus kommt durch Kompression der Gefäße zustande, während die Degeneration der Sehnervenfasern erst viel später durch Ischämie erfolgt. Das scheint auch hier der Fall gewesen zu sein, denn die Besserung der Sehstörung — wenn auch nach 3 Jahren — war eine nahezu vollständige.

Psychisch bot der Pat. auf den ersten Blick nichts Auffälliges. Grobe Defekte sind nicht nachzuweisen. Gedächtnis, Merkfähigkeit, zeitliche und örtliche Orientierung sind nicht gestört. Die Stimmung ist gleichmäßig ruhig. Der Kranke leidet auch nicht an Schlafsucht, doch tritt diese vorübergehend nach der Operation auf.

Ueber seine halluzinatorischen Zustände spricht er spontan überhaupt nicht, gibt nur bei Befragen Auskunft. Er erzählt über diese Erlebnisse gänzlich affektlos.

Diese Zustände treten episodisch auf. Pat. kann bestimmte Tages- und Nachtzeiten angeben, in denen er davon geplagt wird. Hervorzuheben ist, daß diese meist mit Kopfschmerzen vergesellschafteten haptischen und akustischen Trugwahrnehmungen gerade dann auftreten, wenn der Pat. sich im Bett oder sonst in liegender Stellung befindet. Paraesthetische Beschwerden hat er schon vor längerer Zeit gehabt. Die Zustände, in denen der Pat. sich von Trugwahrnehmungen belästigt fühlt, haben zuweilen eine Art Aura, indem sie sich durch Kribbeln in irgendeiner Körpergegend oder durch ein Geräusch wie das Summen eines Nachtfalters ankündigen. Es liegt nahe, diese Zustände als vorübergehende Bewußtseinsalterationen aufzufassen, in denen paraesthetische Beschwerden überschwellig werden, wie sie Bostroem bei einem Uncustumor sowie bei einem Fall von Steckschuß beschrieben hat. In diese Richtung würde auch die Tatsache weisen, daß der Pat. sich über die Erlebnisse in diesen Zuständen verhältnismäßig farblos äußert: er habe Gesichter gesehen, könne sich aber nicht recht daran erinnern .... „er hätte Gedanken gehabt, die man sonst nicht denkt", die er nachher wieder vergißt. Am deutlichsten äußert er sich über die haptischen und akustischen Trugwahrnehmungen, zu denen er durchaus Abstand hat; er erzählt davon: „es sei ihm, als ob". Die Persönlichkeit ist davon im Innern nicht tangiert. Im selben Sinne spricht auch die geringe affektive Besetzung.

Eine unmittelbare Beziehung zwischen den wahnähnlichen Beeinflussungsideen und den halluzinatorischen Erlebnissen läßt sich nicht erkennen. Nur einmal äußert der Pat., die Lichtflecke, die er sähe, seien auf einen anderen Patienten übergegangen, ein anderes Mal, er höre bald die Stimme des alten Mannes, bald die des Magnetiseurs, der der seine Schwester geheilt haben soll, seinen Namen rufen.

Die wahnhaften Ideen sind formal durchaus systematisiert, jedoch logisch nicht bis zum Ende durchdacht, da der Pat. sich in keiner Weise bemüht, die krankmachende Beeinflussung durch den alten Mann zu begründen. Inhaltlich bringen diese Ideen nichts Neues; der Kranke setzt tatsächliche Erlebnisse in eine kausale Beziehung zu-

einander. Dabei ist er keineswegs sehr erfinderisch, und die einzelnen Elemente seines „Wahnsystems" scheinen dem Volks- oder sonstigem Aberglauben entlehnt. Der Kranke stammt aus einer ländlichen Umgebung, in der abergläubische Erklärungs- und Deutungsversuche nicht ferne liegen, zumal man bei der Erkrankung der Schwester des Pat. einen alten Mann und einen Magnetiseur eher heranzieht als einen Arzt. Auch hätte dem Pat. eine Bekannte geraten, etwas gegen die Krankheit vor die Tür zu legen, was aber bei ihm nichts nütze, da er nicht Sand, sondern Steine vor der Tür hätte [1]). Auch die Gegenmaßnahme des Betens wäre in diesem Sinne zu deuten, doch hat sie einen doppelten Sinn, da sie sich speziell gegen die Belästigungen richtet, die der Kranke in den oben erwähnten halluzinatorischen Episoden erfährt, und so außerdem den Charakter eines Ablenkungsmanövers gewinnt, da der Kranke sich beim Beten konzentriert und dadurch die Trugwahrnehmungen häufig zum Verschwinden bringen kann. Die Beeinflussungsideen sind sehr weitgehend psychologisch verständlich.

Das Gefühl einer gewissen inneren Veränderung — wenn auch in peripheren seelischen Bezirken — ist für den Kranken etwas völlig Neuartiges, das er in seinen Erfahrungsbestand nicht einordnen kann. So greift er zu abergläubischen Vorstellungen, um sich dieses ihm ganz unfaßliche Geschehen zu erklären. Daß der alte Mann durch den Besitz eines Bildes des Pat. in der Lage sein soll, ihm Böses zu tun, erinnert an den Bildzauber der Primitiven (Storch), wo Bild und Original gleichgesetzt werden. Der Krankheit und dem alten Mann, der Macht über sie hat, haftet der Charakter des Irrationalen, „Numinösen" an. Trotz allem ,ist dieser Erklärungsversuch ohne eine Annahme einer Veränderung der psychischen Struktur nicht befriedigend. Es muß eine primäre Alteration vorausgesetzt werden, die dem ursprünglich durchschnittlich nüchternen Kranken magisch-mystische Vorstellungen aufdrängt, auch wenn das rein Stoffliche landläufigem Aber-

[1]) Sand wird z. B. in Ostfriesland und im Oldenburgischen als sehr wirksam gegen Behexung und Krankheit angesehen.

glauben entlehnt ist. Es liegt nahe, anzunehmen, daß diese veränderte Verfassung etwas von dem an sich hat, was Jaspers als „Wahnstimmung" bezeichnet. Die Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen der organischen Erkrankung und dieser eigentümlich veränderten Verfassung rechtfertigt sich aus der Tatsache, daß der Kranke nach der Operation die wahnhaften Ideen verliert, ja sogar abstreitet. Es sei in diesem Zusammenhang noch hervorgehoben, daß es nicht zu einer wahnhaften Umdeutung der jeweiligen aktuellen Situation kommt bis auf das eine Mal, wo der Pat. das Ueberspringen der Lichtflecke, die er sieht, auf einen anderen Patienten erlebt zu haben behauptet. Es ist ein Geschehen in der Vergangenheit, das wahnhaft umgedeutet wird, das zwar in den Augen des Pat. in einer kausalen Beziehung zur aktuellen Situation steht, sie aber nicht dauernd neu beeinflußt. Bezüglich der Objektivität des vergangenen Geschehens muß auch an die Möglichkeit retrospektiver Erinnerungsfälschungen gedacht werden.

Zusammenfassung.

Im Verlauf der Entwicklung eines Hypophysentumors kommt es zu einer Psychose, die durch halluzinatorische Episoden und paranoide Beeinflussungsideen gekennzeichnet wird, welche untereinander keine unmittelbaren Beziehungen erkennen lassen. Die halluzinatorischen Episoden werden als transitorische Bewußtseinsbeeinträchtigungen aufgefaßt, in denen irritativ bedingte somatische Sensationen überschwellig werden. Das fremdartige Erleben fordert vom Kranken eine Stellungnahme. Auf rationalem Wege kommt sie nicht zustande. Vielmehr ergeben sich abergläubische Vorstellungsgebilde zur Erklärung. Diese waren dem Kranken von jeher sehr geläufig und finden nun Anwendung auf seine augenblickliche Situation. Die wenig regsame Geistesart des Pat. im Verein mit einer hinzukommenden exogenen Einbuße auf seelischem Gebiete, welche gerade auch das Bedeutungsbewußtsein betrifft, sind dazu angetan, diese psychotische Veränderung zu fördern.

Herrn Professor Dr. de Crinis und Herrn Professor Dr. Walter Betzendahl möchte ich meinen Dank für die Ueberlassung der Krankengeschichte und wertvolle Ratschläge aussprechen.

Literaturverzeichnis.

Agostini, (zit. nach Schuster).

Aschner, (zit. nach Gagel in Handbuch d. Neurol. v. Bumke-Förster).

Bechterew, (zit. ebenda).

Bernhardt, (zit. nach Schuster).

Betzendahl, Die Wahrnehmungsgrundlagen der Wahnbildung. Z. Neurol. 161 (1938).

Bostroem, Die Verwertbarkeit psychischer Symptome bei Erkennung und Lokaldiagnose von Hirntumoren. Dtsch. Z. Nervenheilk. 109 (1929).

— Ueber optische Trugwahrnehmungen bei Hinterhauptsherden. Mschr. Psych. 57 (1925).

Büchler, (zit. nach Meumann).

Bumke, Handbuch der Geisteskrankheiten. Berlin 1928.

Bumke-Foerster, Handbuch der Neurologie.

Christian, (zit. nach Schuster).

Eckardt, (zit. nach Gagel in Bumke-Foerster, Handb. d. Neur.).

v. Frankl-Hochwarth: Die Diagnostik der Hypophysistumoren ohne Akromegalie. Congr. internat. de medic. Sektion: Neuropathologie. Budapest 1909.

Gianelli, (zit. nach Schuster).

Götzl-Erdheim, (zit. nach v. Frankl-Hochwarth).

Griesinger, (zit. nach Wollenberg).

Guillaume, (zit. nach Schulte).

Heß, (zit. nach Gagel in Handb. d. Neur.).

Jaspers, Allgemeine Psychopathologie. Berlin 1923.

Kahlmeter, (zit. nach Meumann).

Kleist, Episodische Dämmerzustände. Leipzig 1926.

Leege, (zit. nach Meumann).

Marburg, (zit. nach Schulte).

Martel, (zit. nach Schulte).

Meggendorfer, (zit. nach Meumann).

Meumann, Psychosen bei Hypophysentumoren. Arch. psych. 96 (1932).

Mikulski, (zit. nach Meumann).

Mislowski, (zit. nach Gagel in Handb. d. Neur.).

Monbrun, (zit. nach Schulte).

Oppenheim, (zit. nach Meumann).

Otto, (zit. nach Storch).

Rohrschach, (zit. nach Meumann).

Schulte, Die Röntgentherapie der hypophysären Erkrankungen. Strahlenther. 46 (1933).

Schuppius, (zit. nach Meumann).
Schuster, Psychische Störungen bei Hirntumoren. Stuttgart 1902.
Storch, Das archaisch-primitive Erleben und Denken der Schizophrenen. Berlin 1922.
Tamburini, (zit. nach Schuster).
Wollenberg, Ueber congenitale Anomalien d. Auges bei Geisteskrankheiten und deren diagnostische Bedeutung. Charité-Annal. 14 (1889).
Wuttke, Der deutsche Volksaberglaube der Gegenwart. Berlin 1900.

Lebenslauf

Ich, Oleg Trofimow, bin geboren am 18. Januar 1912 in Riga als Sohn des damaligen Hauptmannes der 29. kaiserlich-russischen Artilleriebrigade Nikolai Trofimow und seiner Ehefrau Wera, geb. von Iwanitzky-Wassilenko. Nach Ablegung der Reifeprüfung am Staatlichen Deutschen Klassischen Gymnasium zu Riga im Juni 1930 begann ich mein Studium an der Privaten Deutschen Hochschule „Herderinstitut" zu Riga. Danach studierte ich Medizin an den Universitäten Göttingen und München und legte im Oktober 1933 die ärztliche Vorprüfung in Göttingen ab. Die klinischen Semester verbrachte ich an den Universitäten Leipzig, München und Berlin. Nach Ablegung der medizinischen Staatsprüfung in Berlin war ich an folgenden Krankenhäusern als Hospitant tätig: Städtisches Krankenhaus am Urban in Berlin, Erbpathologische Abteilung der I. medizinischen Klinik der Charité und Psychiatrische und Nervenklinik der Charité Durch die Umsiedlung der Baltendeutschen erlangte ich die deutsche Reichsangehörigkeit am 27. 1. 1940, worauf mir die Tätigkeit als Hospitant nachträglich als Praktisches Jahr angerechnet wurde, und ich vom Tage meiner Einbürgerung die Bestallung als Arzt erhielt.